

## 重要事項説明書

### 1. 事業主体概要

令和 2年7月1日 現在

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんしんびかい 医療法人真美会	
主たる事務所の所在地	〒350-0302 埼玉県比企郡鳩山町大字大橋 1066 番地	
連絡先	電話番号	049-296-1155
	FAX番号	049-269-1147
	ホームページアドレス	<a href="http://www.mamie-hp.or.jp">http://www.mamie-hp.or.jp</a>
代表者	氏名	馬場真美子
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 59年3月1日	
主な実施事業	医療	

### 2. 有料老人ホーム事業の概要（住まいの概要）

名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくまみえ サービス付き高齢者向け住宅麻見江	
所在地	〒350-0302 埼玉県比企郡鳩山町大字大橋 1042 番 1	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 高坂駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・東武東上線高坂駅西口「鳩山ニュータウン行きバス」に乗り、鳩山高校入口下車 徒歩15分 ②自動車利用の場合 ・関越自動車道 鶴ヶ島 IC より約25分
連絡先	電話番号	049-299-6813
	FAX番号	049-299-6819
	ホームページアドレス	<a href="http://www.mamie-hp.or.jp">http://www.mamie-hp.or.jp</a>
管理者	氏名	馬場真美子
	職名	理事長
建物の竣工日		昭和・平成 23年12月10日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 23年12月13日

**(類型)【表示事項】**

<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1 1 7 3 2 0 1 6 9 8
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 24 年 9 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 30 年 9 月 1 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	4,248.51 m <sup>2</sup>	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 26 年 1 月 1 日～令和 16 年 12 月 31 日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし		
建物	延床面積	全体	1,907.05 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1,907.05 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ( )	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造	
		3 木造	
		4 その他 ( )	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物	
2 事業者が賃借する建物			
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
契約期間		1 あり (    年 月 日～    年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
契約の自動更新		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室						
		2 相部屋あり						
		最少	人部屋					
		最大	人部屋					
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*		
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.60 m <sup>2</sup>	18 室	介護居室個室		
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.95 m <sup>2</sup>	4 室	介護居室個室		
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.42 m <sup>2</sup>	10 室	介護居室個室			
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.91 m <sup>2</sup>	2 室	介護居室個室			
タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	22.80 m <sup>2</sup>	2 室	介護居室個室			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。								
共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所				
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所				
	共用浴室	6ヶ所	個室	6ヶ所				
			大浴場	ヶ所				
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所				
			リフト浴	ヶ所				
			ストレッチャー浴	ヶ所				
			その他（ 中間浴 ）	2ヶ所				
食堂	1	あり	2	なし				
入居者や家族が利用できる調理設備	1	あり	2	なし				
エレベーター	1	あり（車椅子対応）	2	あり（ストレッチャー対応）	3	あり（上記1・2に該当しない）	4	なし
消防用設備等	消火器	1	あり	2	なし			
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし			
	火災通報設備	1	あり	2	なし			
	スプリンクラー	1	あり	2	なし			
	防火管理者	1	あり	2	なし			
	防災計画	1	あり	2	なし			
その他	相談室							

#### 4. サービスの内容（全体の方針）

運営に関する方針	「健康こそ人生最高の宝」を基本とし、食を中核とした医療（介護サービス）の提供、そして「ハートからハート」を基本に「真心の医療（介護サービス）」を提供します。
サービスの提供内容に関する特色	「（生活支援サービスについては、介護保険によるサービス提供ではありません。介護保険サービスを利用する場合は外部の介護保険事業者と個別に契約する必要があります。介護保険事業者の選択は自由です。）」
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし

#### （介護サービスの内容）

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	処遇改善加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	特定処遇改善加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)    1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
		(Ⅱ)    1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅱ)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	(Ⅲ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率)	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

#### （医療連携の内容）

医療支援	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配
※複数選択可	<input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い
	<input type="checkbox"/> 3 通院介助
	<input type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保）

協力医療機関	1	名称	たまがわクリニック
		住所	比企郡ときがわ町五明1267番地
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、健康診断、他医療機関への紹介
	2	名称	麻見江ホスピタル
		住所	比企郡鳩山町大字大橋1066番地
		診療科目	内科、整形外科、皮膚科、精神科、心療内科、リハビリテーション科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、健康診断、他医療機関への紹介
協力歯科医療機関		名称	麻見江ホスピタル
		住所	比企郡鳩山町大字大橋1066番地
		協力内容	歯科診療

**(入居後に居室を住み替える場合)**

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（空室になっている居室がある場合）		
判断基準の内容	御本人及び身元引受人の要望による		
手続きの内容	① 本人及び身元引受人の同意を得る ② 従前の契約解除及び再契約の締結		
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
居室利用権の取扱い	住み替え後の介護個室居室に移行		
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

**(入居に関する要件)**

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	65歳以上または要支援・要介護の者		

契約の解除の内容	利用契約書 26 条又は、入居契約書第 16 条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	利用契約書 27 条又は、入居契約書第 15 条による
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	30 日間	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1 日あたり 5,000 円 食費 1 食あたり 500 円) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	36 人	
その他		

### 5. 職員体制（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	16	12	4	14.3
介護職員	14	10	4	12.3
看護職員	2	2		2.0
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1.0
その他職員				
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40

### （資格を有している介護職員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	1	1	
介護福祉士	10	8	2
実務者研修の修了者	1		1
ヘルパー2級	1		1
介護支援専門員	2	2	

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士	1		1
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 16時30分～ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2人	2人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.1 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称									
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤

前年度1年間の採用者数			2							
前年度1年間の退職者数			1							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上 3年未満	2	4	3			1	1		
	3年以上 5年未満		3	1						
	5年以上 10年未満		3		1					
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし							

#### 6. 利用料金（利用料金の支払い方法）

居住の権利形態 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	消費者物価指数等を勘案し料金が不相当となった場合。
	手続き	運営懇談会で意見を聞き、料金を改定する。

#### （利用料金のプラン）

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	自立	要支援1
	年齢	60歳	80歳



居室の状況	床面積	20.42 m <sup>2</sup>	20.42 m <sup>2</sup>
	便所	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	なし	なし
	敷金	なし	なし
月額費用の合計		156,000 円	146,400 円
家賃相当額 ※1		84,000 円	84,000 円
共益費		12,000 円	12,000 円
光熱水費		共益費に含む	共益費に含む
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※2	なし	5,430 円
	※3 介護 保険 外	食費	45,000 円
		基本サービス費	15,000 円
		その他	都度払いサービスあり
<p>プラン1 入居契約を表記。          プラン2 特定施設入居者生活介護契約を表記。          ※1 生活保護受給者の方については (37,000 円/月額)          ※2 要支援、要介護認定に応じて費用変動する。          ※3 有料老人ホーム事業として受領する費用。</p>			

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
家賃相当額	建物賃借料、近隣相場を勘案して算定
共益費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費、光熱水費により算定
光熱水費	共益費に含む
特定施設入居者生活介護の費用	介護保険の自己負担額 ※別添 3 による
食費	食材費、厨房維持管理費、人件費により算定
基本サービス費	サービスに係る人件費により算定
その他	サービスに係る人件費、消耗品費等により算定 サービス内容・費用は別添 2 による。

**(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護*に対する自己負担	市区町村から交付される負担割合が記された証(負担割合証)の通りとなります。

特定施設入居者生活介護*における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

### 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】（入居者の人数）

性別	男性	11人
	女性	24人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	26人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	4人
	要支援2	4人
	要介護1	13人
	要介護2	5人
	要介護3	4人
	要介護4	3人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	20人
	5年以上 10年未満	9人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

#### （入居者の属性）

平均年齢	87.3歳
入居者数の合計	35人
入居率*	97.2%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

#### （前年度における退去者の状況）

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	1人

	医療機関	7人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	9人
	(解約事由の例) 体調が改善し自宅での生活が可能となった為。	

## 8. 苦情・事故等に関する体制（利用者からの苦情に対応する窓口等の状況）

※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		サービス付き高齢者向け住宅麻見江 相談窓口
電話番号		049-299-6813
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		なし
窓口の名称		埼玉県福祉部高齢者福祉課
電話番号		048-830-3254
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
窓口の名称		埼玉県都市整備部住宅課
電話番号		048-830-5562
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
窓口の名称		埼玉県消費生活支援センター川越
電話番号		049-247-0888
対応している時間	平日	9:00~16:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29~1/3

窓口の名称		埼玉県国民健康保険連合会
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
窓口の名称		鳩山町高齢者支援課
電話番号		049-296-1210
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		日曜、祝日、12/29~1/3

**(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)**

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	三井住友海上火災保険株式会社
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

**(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)**

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	通年
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 29 年 8 月 3 日
		評価機関名称	実地指導：埼玉県福祉部福祉監査課
	<input type="checkbox"/> 2 なし	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし

## 9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし 3 該当なし	
合致しない事項がある場合		

の内容	
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	なし
不適合事項がある場合の内 容	

階	号室
---	----

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

別添3（特定施設入居者生活介護の費用一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求めます。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	麻見江ホスピタル	比企郡鳩山町1066
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし	麻見江ホスピタル	比企郡鳩山町1066
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	サービス付き高齢者向け住宅 眞美	比企郡鳩山町大橋993-1
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	よしの佐久良都幾川	比企郡ときがわ町田中380-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	居宅介護支援事業所 麻見江	比企郡鳩山町1066
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし	麻見江ホスピタル	比企郡鳩山町1066
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	麻見江ホスピタル	比企郡鳩山町1066
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	サービス付き高齢者向け住宅 眞美	比企郡鳩山町大橋993-1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	よしの佐久良都幾川	比企郡ときがわ町田中380-1
介護予防支援	あり	なし	居宅介護支援事業所 麻見江	比企郡鳩山町1066
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		



## 別添 2

## 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無	なし		あり					なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金 <sup>3</sup>	備 考	
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○				
おむつ代			なし	あり		○	実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○				
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○				
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり	○				協力医療機関以外は実費
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	実費		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費		
おやつ			なし	あり					
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費		
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	実費		
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	実費		
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年1回、自己負担	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○				
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○				
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	実費	協力医療機関以外は実費	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	実費	協力医療機関以外は実費	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり					
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり					

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

### 別添 3

- 利用料 ①家賃相当額 1ヶ月：84,000円（1日2,800円）  
 ②食費 1か月1ヶ月：45,000円（朝・昼・夕1食500円）  
 ③共益費 1ヶ月：12,000円（1日400円）

ア) 特定施設入居者生活介護 ④⑤施設利用料

○基本料金

（1割負担の場合）

介護認定区分	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1日あたり	181円	310円	536円	602円	671円	735円	804円
1ヶ月（30日）	5,430円	9,300円	16,080円	18,060円	20,130円	22,050円	24,120円

※ 市区町村から交付される負担割合が記された証（負担割合証）の通りとなります。

- 夜間看護体制加算 1日あたり 10円  
 ○医療機関連携加算 1か月あたり 80円  
 ○サービス提供体制加算（Ⅰ）イ 1日あたり 18円  
 ○介護職員処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数に8.2%  
 ○退院・退所時連携加算 1日あたり 30円  
 ○地域区分（7等級）総単位数に「1.014」を乗じた額  
 ○介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数に1.8%

イ) 特定施設入居者生活介護 契約者以外

④介護サービス費	1ヶ月：15,000円（1日500円）	⑤管理費	1ヶ月：15,000円（1日500円）
⑥その他	○希望クリーニング代：実費    ○紙オムツ代：実費    ○医療費：実費 ○嗜好に応じた特別な食事 注文された食材分：実費 ○管理規定に定める区域以外の行政手続き等に要した交通費		